

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

SAGORIJEVANJE I IZRAŽENOST EMOCIONALNIH SMETNJI MEDICINSKIH
SESTARA NA ONKOLOGIJI I DERMATOVENEROLOGIJI

Diplomski rad

Lucija Ivanda

Mentorica: doc.dr. Anita Lauri Korajlija

Zagreb, 2016.

Sadržaj:

UVOD.....	1
POJAM I DEFINICIJA STRESA.....	1
Seyleova teorija stresa.....	1
Lazarusova teorija stresa.....	2
BIOLOŠKA PODLOGA STRESA.....	.2
STRES NA POSLU.....	2
STRES KOD MEDICINSKOG OSOBLJA.....	4
DEPRESIJA.....	5
ANKSIOZNOST.....	6
Anksioznost kod medicinskog osoblja.....	6
SUBJEKTIVNA DOBROBIT I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM.....	7
Zadovoljstvo životom i emocionalna dobrobit kod medicinskog osoblja.....	7
ONKOLOGIJA I DERMATOVENEROLOGIJA.....	8
PROBLEMI.....	9
METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA.....	10
SUDIONICI.....	10
MJERNI INSTRUMENTI.....	11
POSTUPAK.....	14
4	
REZULTATI.....	14
RASPRAVA.....	21
ZAKLJUČAK.....	26

LITERATURA.....	27
-----------------	----

Sažetak:

SAGORIJEVANJE I IZRAŽENOST EMOCIONALNIH SMETNJI MEDICINSKIH SESTARA NA ONKOLOGIJI I DERMATOVENEROLOGIJI/ BURNOUT AND STRENGTH OF EMOTIONAL DISTURBANCES AT NURSES ON THE WARDS OF ONCOLOGY AND DERMATOVENEROLOGY

U Europskoj Uniji 28% radnika pogođeno je stresom, a zdravstvena struka je prepoznata kao jedna od najstresnijih. Uz profesionalni stres vežu se psihičke teškoće poput anksioznosti i depresivnosti, sagorijevanja i snižene subjektivne dobrobiti. Ovim radom nastoji se ispitati sagorijevanje i izraženost emocionalnih smetnji medicinskog osoblja zaposlenog na onkologiji i dermatovenerologiji. U istraživanju su korišteni Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu, Upitnik otpornosti na stres, Ljestvica depresivnosti, anksioznosti i stresa, Ljestvica zadovoljstva životom, Upitnik emocionalnog dobrostanja na poslu te su prikupljeni sociodemografski podaci. Dobiveni rezultati pokazuju da 36% medicinskih sestara pokazuje znakove sagorijevanja te da nema razlike u učestalosti sagorijevanja ovisno o odjelu na kojem rade. Ne postoji statistički značajna razlika u anksioznosti, depresivnosti, stresu, otpornosti na stres, zadovoljstvu životom i ugodnim emocijama između sestara na onkologiji i dermatovenerologiji, ali sestre na onkologiji češće doživljavaju neugodne emocije. Demografske varijable i varijable vezane uz posao nisu značajni prediktori intenziteta sagorijevanja na poslu, dok su se statistički značajnim pokazali otpornost na stres i ugodne emocije koji su negativno povezani s intenzitetom sagorijevanja i neugodne emocije koje su pozitivno povezane s intenzitetom sagorijevanja na poslu.

Ključne riječi: sagorijevanje, emocionalne smetnje, onkologija, dermatovenerologija

In European Union stress strikes 28% of workers and health care profession is recognized as one of the most stressful. Professional stress is related to mental issues such as anxiety, depression, burnout and lower subjective well-being. The aim of this work is to examine burnout and emotional difficulties in nurses at wards of oncology and dermatovenerology. In this study are used Questionnaire of Demographic Data, Questionnaire of Burnout Intensity, Stress Resilience Questionnaire, Depression, Anxiety and Stress Scale, Satisfaction With Life Scale, Job-related Affective Well-being Scale. The obtained results suggest that 36% of nurses show burnout signes and that there isn't difference in burnout frequency depending of the ward they work at. There is statisticy significant difference in anxiety, depression, stress, stress resilience, life satisfaction and pleasant emotions related to job, but there is significant difference in the frequency of experiencing unpleasant emotions related to job in the way that oncology nurses more frequently experience unpleasant emotions than dermatovenerology nurses. Demographic and job related variables aren't significant predictors of burnout intensity. Statisticly significant predictors are stress resilience and pleasant emotions at work which are negativley related and unpleasant emotions at work which are positivley related to burnout intensity.

Key words: work outcomes, oncology, dermatovenerology

UVOD

POJAM I DEFINICIJA STRESA

U današnje vrijeme uobičajeno je čuti kako se netko nalazi „pod stresom“. Stres dolazi od latinske riječi *stringere* koja znači pritisak, napetost (Klaić, 2007) te je postao široko prihvaćen u znanstvenoj i laičkoj terminologiji. Termin stres izvorno je nastao u okviru inženjerske tehnologije gdje stres označava vanjsku silu koja djeluje na neki predmet te pritom izaziva napetost materijala i strukturalne promjene u predmetu (Reber, 1985). Nakon prvih definicija stresa 1930ih godina, uslijedila su istraživanja napetosti, situacijskih reakcija na prijetnju, tjelesnih i emocionalnih stanja koja su se javljala kao odgovor na vanjski podražaj (Vizek-Vidović, 1990). Otkako je 40ih godina prošlog stoljeća termin stres uveden u znanost o čovjeku javile su se brojne definicije stresa koje se razlikuju ovisno o teorijskom pristupu za kojeg se autor zalaže. Najveći broj definicija stresa pripada jednom od tri modela: (1) podražajni modeli koji stres definiraju u terminima vanjskih stresora koji izazivaju napetost kod osobe, (2) reakcijski modeli prema kojima stres predstavlja reakciju osobe koja je pod pritiskom uznemirujuće okoline i (3) kognitivni modeli koji stres vide kao interakciju podražaja i okoline te prepoznaju individualne razlike u doživljavanju stresa za razliku od prethodno spomenutih (Arambašić, 1996).

Seyleova teorija stresa

Hans Seyle je kanadski endokrinolog koji je zaslužan za bolje razumijevanje psihofizioloških učinaka stresa i širenje spoznaja o posebnoj ulozi endokrinološkog i imunosnog sustava tijekom stresnih reakcija. Seyle uvodi pojam općeg adaptacijskog sindroma pod kojim podrazumijeva tjelesne reakcije koje se javljaju pod utjecajem akutnih stresova. Opći adaptacijski sindrom ima tri faze: fazu alarma, fazu odupiranja i fazu iscrpljenja. U fazi alarma dolazi do pokretanja obrambenih snaga organizma, u fazi odupiranja koriste se sve rezerve tjelesne i psihičke energije u pokušaju prilagodbe organizma na stres, a u fazi iscrpljenja dolazi do iscrpljenosti organizma zbog dugotrajnog odupiranja stresu. Prednost Seyleove teorije je što je ukazao da stres smanjuje tjelesnu otpornost te da je samim time stres važan u nastanku bolesti. Nedostatak ove teorije je što objašnjava stres samo putem tjelesnih reakcija organizma, a ne uključuje i psihološke i bihevioralne reakcije na stres (Havelka, 1998).

Lazarusova teorija stresa

Lazarus nadopunjava Seyleove navode, te drži da je stres stanje u kojem pojedinac ne može ispuniti zahtjeve koje okolina stavlja pred njega. Najveće značenje u stresnim zbivanjima imaju kognitivni procesi, a središnji pojam teorije je ugroženost koja se definira kao stanje u kojem pojedinac predviđa sukob s ugrožavajućom situacijom. Ako osoba situaciju ne procjeni ugrožavajućom nema ni stresa, bez obzira kakva je objektivna opasnost iz okoline (Havelka, 1998).

BIOLOŠKA PODLOGA STRESA

Značajnu ulogu u djelovanju stresa na organizama imaju autonomni živčani sustav i sustav žlijezda s unutrašnjim izlučivanjem, koji su povezani s korom mozga u kojoj svjesno doživljavamo emotivnu uzbuđenost u uvjetima stresa (Havelka, 1998). Djelovanje stresa se odvija humoralnim putem, kada stresne situacije uzrokuju nagli rast aktivnosti u sustavu mozgovna kora-hipotalamus-hipofiza-žlijezde s unutrašnjim izlučivanjem te se pod utjecajem hipofize izluče razni hormoni u krv iz ostalih endokrinih žlijezda. Drugi put kojim stres djeluje je neuralni preko sustava mozak-hipotalamus-autonomni živčani sustav u kojem vlakna autonomnog živčanog sustava izravno podražuju brojne unutrašnje organe i tako mijenjaju njihovu aktivnost (Havelka, 1998).

Kronični stres uzrokuje pretjerano stvaranje dopamina što rezultira smanjenjem pozornosti, porastom razdražljivosti i porastom paranoidnog i psihotičnog ponašanja. Osim toga, kronični stres dovodi do smanjenja razine serotonina u prefrontalnom korteksu što pak rezultira depresivnošću, agresivnošću i suicidalnim ponašanjem, a može uzrokovati i zdravstvene probleme povezane s promjenama u mozgu kao što su primjerice atrofija hipokampusa, amigdala, prefrontalnog korteksa i posljedično anksioznost, depresivnost, halucinacije i ovisnosti (Brenner, 2002, prema Debožović, 2015).

STRES NA POSLU

Rad je svrsishodna i svjesno organizirana čovjekova djelatnost usmjerena ka postizanju određenih rezultata kojima se mogu zadovoljiti osobne i zajedničke potrebe. U kontekstu rada često se spominje stres na radnom mjestu. Radni stres predstavlja nesuglasje između zahtjeva radnog mjesta i okoline spram naših mogućnosti, želja i očekivanja da tim zahtjevima udovoljimo (Ajduković i Ajduković, 1996). Dakle, stres

na radnom mjestu je stanje organizma u kojem doživljavamo prijetnju vlastitom integritetu (Zavalić, 2014). U Europskoj uniji, stres na radnom mjestu pogađa 28% radnika i time zauzima drugo mjesto u učestalosti problema povezanih s poslom (Paoli i Merllie, 2000). Zbog stresa u zemljama članicama Europske unije na godišnjoj razini gubi se 0.27% BDP-a (European Commission, 2000), a stres na radnom mjestu je uzrok 50-60% izgubljenih radnih dana i uzrok bolesti kod svakog petog oboljelog radnika (Dupre, 2001). Najčešći uzroci profesionalnog stresa su zahtjevi radnog mjesta koje zaposlenik ne može zadovoljiti, preopterećenost poslom, smjenski rad, nedovoljna kontrola nad radnim procesom, nemogućnost odlučivanja, loša organizacija neadekvatna socijalna podrška od strane kolega i nadređenih (Zavalić, 2014).

Kada promjene u radu izazivaju umjerenu razinu stresa, zaposlenik se uspješno prilagođava pa te promjene mogu rezultirati pozitivnim posljedicama kao što su povećanje motivacije, povećanje kreativnosti i veća uključenost u posao. Ovu vrstu stresa nazivamo eustres. No, ako se ne uspije prilagoditi promjenama, može doživjeti stanje u kojem razvija ravnodušnost, bespomoćnost i otuđenje od ostalih pa pomoć treba potražiti kod profesionalaca. To stanje se naziva sagorijevanje na poslu i smatra se iznimno negativnom posljedicom stresa. Prema definiciji koju su iznijeli Girdino, Everly i Dusek, 1996 (prema Škrinjar, 1996), sindrom sagorijevanja je stanje psihičke, tjelesne ili psihofizičke iscrpljenosti uzrokovane pretjeranim i odgođenim stresom. Ovi autori razlikuju tri stupnja sagorijevanja: početnu napetost, reaktivnu kompenzaciju stresa s očuvanjem energije i fazu istrošenosti. U situaciji sagorijevanja osoba nije motivirana za rad, ne pronalazi zadovoljstvo u poslu, smanjuje joj se produktivnost i ne vidi razloga za daljnji rad.

Sagorijevanje je često kod pomagačkih profesija, a među najugroženijima su stručnjaci koji su započeli rad entuzijastično i s velikim očekivanjima, silnom željom za uspjehom ili pomoći drugima, dok s druge strane nedostatak priznanja za dobro obavljen posao i nedostatak osjećaja kontrole nad poslom dovode do razvoja simptomatike vezane uz ovaj sindrom. Rezultati istraživanja Holgate i Clegg (1991, prema Pucak, 2006) pokazuju kako su uzroci sagorijevanja mladih osoba koje rade u pomagačkim profesijama povećana emocionalnost i konfliktnost uloga, a starijih nezadovoljstvo udjelom u odlučivanju te nejasnost i konfliktnost radnih uloga.

STRES KOD MEDICINSKOG OSOBLJA

Sestrinstvo je iznimno stresna profesija (Decker, 1997), a dosadašnja istraživanja pokazuju povezanost između stresa na poslu i određenih bolesti kao što su tjelesna iscrpljenost (Winwood, Winefield i Lushington, 2006), emocionalna iscrpljenost (Hunter, 2004), koronarne bolesti (Bosma i sur, 1997) i psihički poremećaji (Stansfeld i Candy, 2006). Za profesiju medicinskih sestara su karakteristične određene specifičnosti kao što su težak i stresan rad koji zahtijeva dobru suradnju s liječnicima i pacijentima. Među opće stresore koji se ističu svojom učestalošću u radu medicinskog osoblja svrstavaju se nedovoljan broj radnika, preopterećenost poslom, neadekvatna sredstva za rad, neadekvatna osobna primanja, neadekvatni radni prostor i prostor za odmor te smjenski rad (Novak, 2014). Osim toga, među česte stresore na radu medicinskog osoblja svrstavaju se i mala mogućnost napredovanja i promaknuća, strah od izloženosti ionizirajućem zračenju, strah od izloženosti citostaticima, strah od mogućnosti zaraze od oboljelih i strah od mogućnosti ozljede oštrim predmetom (Knežević, 2010). Osim navedenih stresora, medicinsko osoblje na radnom mjestu nerijetko doživljava i negativno ponašanje u vidu omalovažavanja, vrijeđanja, ignoriranja, komentiranja privatnog života, neosiguravanja zamjene za odsutne kolege kao i negativnog odnosa prema njihovom radu (Krajnović, Šimić i Franković, 2007).

Prema dvije europske epidemiološke studije, sagorijevanje na poslu pogađa 25% medicinskih sestara (Landau, 1992; Saint Arnaud i sur., 1992; prema Demerouti, Bakker, Nachreiner i Schaufeli, 2000). Njihov posao je stresan, emocionalno zahtjevan i dovodi do sagorijevanja jer se moraju stalno suočavati s potrebama, problemima i patnjama pacijenata. Također, istraživanja pokazuju pozitivnu korelaciju između sagorijevanja, vremena provedenog s pacijentima (Cronin Stubs i Brophy, 1985) i izloženosti pacijentima s lošom prognozom (Hare i sur., 1988) (sve prema Demerouti i sur., 2000). Profesionalno sagorijevanje medicinskog osoblja je pozitivno povezano s različitim psihičkim i tjelesnim problemima (Jackson i Maslach, 1985, prema Hudek Knežević, Krapić i Rajter, 2005), narušenim obiteljskim i socijalnim odnosima (Jackson i Schuler, 1985, prema Hudek Knežević i sur., 2005) i smanjenom kvalitetom i učinkovitosti izvedbe na radnom mjestu (Maslach i Jackson, 1984, prema Hudek-Knežević i sur., 2005).

DEPRESIJA

Depresija predstavlja poremećaj raspoloženja, odnosno emocionalno stanje koje je obilježeno dubokom tugom i zlim slutnjama, osjećajem krivnje i bezvrijednosti, povlačenjem od drugih, nesanicom, gubitkom teka, spolnih žudnji i zanimanja za uobičajene aktivnosti i zadovoljstva što iz njih proizlazi (Davison i Neale, 1999). Depresija je učestali psihički poremećaj sa prevalencijom 14.6% kod odraslih osoba u visoko razvijenim zemljama i 11.1% kod odraslih osoba u zemljama u razvoju (World Health Organization, 2001). Prevalencija depresivnosti medicinskog osoblja u SAD-u iznosi 41% (Letvak, Ruhm i McCoy, 2012), u Kini 38% (Gong i sur., 2014), u Kanadi 10% (Ohler, Kerr i Forbes, 2010), a u Francuskoj trećina medicinskog osoblja zaposlenog u bolnicama iskazuje depresivne simptome (Noury, Luc, Lefebvre, Sulton-Taieb i Bejean, 2014).

Depresivna iscrpljenost osoblja je izraz vremena u kojem živimo, njegove karakteristične užurbanosti i kulture uspjeha te nemilosrdne selekcije. U razdoblju od 2004. do 2006. godine zdravstveni djelatnici su bili treći na rang ljestvici zanimanja po pogođenosti depresivnim epizodama (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010, prema Letvak i sur., 2012). Najveća briga sestrinske profesije je što je depresivno osoblje često sniženog raspoloženja, ima problema s koncentracijom, slabije obavlja radne zadatke, a osim toga depresivnost utječe i na kvalitetu skrbi koju osoblje pruža pacijentima. Nadalje, depresivnost osoblja je povezana i s organizacijskim poteškoćama pri čemu takvo osoblje u prosjeku tijekom jednog tromjesečja koristi 4.8 dana bolovanja i ima 11.5 dana smanjene produktivnosti (Letvak i sur., 2012). Istraživanja pokazuju da je depresija pozitivno povezana s profesionalnim stresom kod medicinskih sestara i tehničara (Lin, Probst i Hsu, 2010) te da stres na radnom mjestu precipitira depresiju i anksioznost kod prethodno zdravog medicinskog osoblja (Melchior i sur., 2007). Rezultati istraživanja Ardekani, Kakooei, Ayattollahi, Choobineh i Nasle Seraji (2008) pokazuju da je prevalencija depresivnosti kod medicinskih sestara 11.2 %, te da postoji značajna korelacija između bračnog statusa i depresivnosti na način da je depresivnost veća kod medicinskih sestara koje nisu u braku. Osim toga, isti autori tvrde kako postoji značajno veća stopa depresivnih simptoma kod medicinskog osoblja u odnosu na onu kod opće populacije. Nisu pronašli razliku u depresivnosti s obzirom na dob medicinskih sestara.

ANKSIOZNOST

Anksioznost je složeno, neugodno čuvstvo tjeskobe, napetosti i nesigurnosti, karakterizirano anticipacijom moguće opasnosti, a praćeno aktivacijom autonomnog živčanog sustava (Davison i Neale, 1999). Ona je normalna pojava u svakodnevnici, dok je pitanje patologije anksioznosti zapravo pitanje intenziteta, trajanja i broja prisutnih simptoma. Patološka anksioznost javlja se izvan opasne ili prijeteće situacije, traje dugo nakon samog stresa odnosno opasnosti i ometa funkcioniranje osobe. Osnovna razlika između straha i anksioznosti je u interpretaciji prijetnje kao neposredne (kod straha) ili anticipirane (kod anksioznosti) i u prirodi fiziološkog uzbuđenja kao alarmne reakcije (kod straha) ili povećane razine napetosti i strepnje (kod anksioznosti) (Zaić, 2005).

Kada govorimo o anksioznosti razlikujemo anksioznost kao stanje i kao crtu ličnosti. Anksioznost kao stanje je individualni doživljaj u specifičnoj situaciji u specifično vrijeme, a anksioznost kao crta je relativno trajna osobina ličnosti, tj. dispozicija da se bude anksiozan u mnogim različitim situacijama. Anksioznost kao crta utječe na strategije suočavanja sa stresom, a u kombinaciji s profesionalnim zahtjevima utječe na razinu profesionalnog stresa i na kraju na razinu sagorijevanja na poslu (Richardsen, Burke i Leiter, 2007).

Anksioznost kod medicinskog osoblja

Kod pomagačkih profesija utvrđena je visoka prevalencija emocionalnih posljedica rada posebice anksioznosti, depresivnosti i ljutnje (Sommers, 1985, prema Parks i Pilisuk, 1991). Medicinsko osoblje koje brine o osobama koje prolaze kroz traumatsko iskustvo izvještavaju o osobnim doživljajima anksioznosti, straha, noćnih mora, izbjegavajućeg ponašanja, cinizma i niskog samopoštovanja (Dutton i Rubinstein, 1995, prema Figley, 2002). Simptomi anksioznosti kod medicinskog osoblja su učestaliji od simptoma drugih poremećaja, pri čemu u svom istraživanju Ardekani i suradnici (2008) izvještavaju o prevalenciji anksioznih simptoma kod medicinskih sestara u iznosu od 43.2%. Isti autori sugeriraju kako je smjenski rad, koji je karakterističan za medicinsko osoblje, pozitivno povezan s anksioznošću. Osim toga, izvještavaju i da medicinske sestre koje su u braku imaju značajno veće rezultate na ljestvici anksioznosti od onih koje nisu u braku. Medicinske sestre imaju značajno češće simptome anksioznosti od opće populacije.

SUBJEKTIVNA DOBROBIT I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM

Zadovoljstvo životom i subjektivna dobrobit su konstrukti pozitivne psihologije pri čemu je subjektivna dobrobit širi pojam od zadovoljstva životom, ali uključuje i njega. Među istraživačima subjektivne dobrobiti prisutno je slaganje oko strukture navedenog konstrukta subjektivne dobrobiti koja se dijeli na dvije komponente: kognitivnu (evaluacija zadovoljstva životom) i emocionalnu (prisutnost ugodnog i odsustvo neugodnog afekta) (Diener, Suh, Lucas i Smith, 1999).

Zadovoljstvo životom predstavlja evaluacijsku procjenu; kao komponenta subjektivne dobrobiti povezano je s njom, ali je istovremeno djelomično neovisno od afektivnih aspekata subjektivne dobrobiti (Lucas, Diener i Suh, 1996). Pavot, Diener, Colvin i Sandvik (1991) definiraju zadovoljstvo životom kao opću evaluaciju neke osobe o svom životu. Penezić (2004) tvrdi da zadovoljstvo životom predstavlja kognitivnu evaluaciju čitavog vlastitog života, a kroz koju svaka osoba procjenjuje svoj život.

Emocionalna komponenta subjektivne dobrobiti, tzv. emocionalna dobrobit se može definirati kao često doživljavanje ugodnih emocija i rijetko doživljavanje neugodnih emocija (Diener i Larsen, 1993, prema Morissy, Boman i Mergler, 2013). Emocionalna dobrobit na poslu je osjećaj pojedinca o sebi u odnosu na svoj posao (Morissy i sur., 2013). Često doživljavanje neugodnih emocija rezultira kroničnim stresom na poslu što može narušiti dobrobit pojedinca (Larsen, 2009).

Zadovoljstvo životom i emocionalna dobrobit kod medicinskog osoblja

Osobe koje profesionalno pomažu drugima, cijeli svoj radni vijek nastoje poboljšati kvalitetu življenja i zadovoljstvo životom drugih. Rezultati dosadašnjih istraživanja upućuju da je zadovoljstvo životom osoba koje brinu o pacijentima niže od prosječnog stanovništva (Canam i Acorn, 1999; Moody i McMillan, 2003). Stresna i traumatska iskustva, kao što je npr. briga za osobu s teškim zdravstvenim stanjem izazivaju dugotrajne negativne posljedice na subjektivnu dobrobit (Vitaliano, Russo, Young, Becker i Mauro, 1991, prema Pavot i Diener, 2008). Međutim, postoji mogućnost da svijest o izloženosti profesionalnom stresu i uspješno suočavanje s istim povećava životno zadovoljstvo (Bar-on, Brown, Kirkclady i Thome, 2000) pa tako postoje istraživanja koja pokazuju da medicinske sestre doživljavaju veću subjektivnu

dobrobit od opće populacije (Sparks, Corcoran, Nabors i Hovanitz, 2005). Nadalje, istraživanja upućuju da osobe koje su sretno i zadovoljne svojim životom imaju bolje odnose s okolinom, bolje ispunjavaju radne uloge, emocionalno su stabilnije i bolje podnose stres na poslu (Diener, Lucas i Oishi 2002; Ljubomirsky, 2001). Rezultati istraživanja koje su provele Brajša-Žganec i Kaliterna-Lipovčan (2006) pokazuju da je zadovoljstvo životom i osjećaj sreće kod pomagačkih struka relativno visoko s obzirom na razinu profesionalnog stresa kojeg svakodnevno doživljavaju.

ONKOLOGIJA I DERMATOVENEROLOGIJA

Svakodnevno suočavanje s progresivnim smanjenjem stupnja funkcionalnosti bolesnika na onkološkim odjelima smanjuje stupanj kvalitete života osoblja, uzrokuje česte promjene raspoloženja, probleme u socijalnim odnosima te tjelesnu i emocionalnu iscrpljenost kod medicinskog osoblja (Novak, 2014). Sagorijevanje uzrokovano kroničnim stresom je učestalo kod medicinskog osoblja na onkologiji, posebice kod mladih zaposlenika (Ballenger, Davidson, Lecruiber i Nutt, 2001). Anksioznost i zadovoljstvo životom kod osoba koje brinu o osobama oboljelim od karcinoma su veće od prosjeka opće populacije (Molassiotis, Van den Akker i Boughton, 1995; Grov, Dahl, Moum i Fossa, 2005). Istraživanje koje je provedeno na liječnicima onkolozima pokazuje da 26% liječnika pokazuje simptome anksioznosti, a 13% simptome depresivnosti (Makames, Alkoot, Al-Mazidi, El-Shazly i Kamel, 2012, prema Varjačić, Braš, Brajković, Domokuš i Đorđević, 2013); prevalencija sagorijevanja kod onkologa je 56% (Whippen i Canellos, 1991). Prema rezultatima istraživanja koje su proveli Renzi, Tabolli, Ianni, DiPietro i Pudalu (2005) postoji značajno niža razina sagorijevanja medicinskog osoblja i značajno veća razina subjektivne dobrobiti na dermatovenerološkim odjelima u odnosu na ostale odjele. Njihovi rezultati su u skladu s istraživanjem Grassi i Magnani (2000). Ova dva odjela u našem istraživanju su izabrana zbog postojećeg stava u javnosti o stresnosti i lakoći rada na navedenim odjelima, kojeg podržava i Hrvatsko udruženje medicinskih sestara (Gilja, osobna komunikacija, 30.11.2015). Naime, onkologija je na glasu kao jedan od najstresnijih i najtežih odjela za rad s obzirom da su dijagnoze pacijenata teške, a stopa umiranja na navedenom odjelu visoka, dok je dermatovenerologija na glasu kao jedan od ugodnijih odjela za rad jer na njemu se

najčešće nalaze pacijenti koji nisu životno ugroženi i koji imaju objektivno lakše dijagnoze od pacijenata na onkologiji.

PROBLEMI

Cilj ovog rada odnosi se na ispitivanje sagorijevanja i izraženosti emocionalnih smetnji kod medicinskog osoblja zaposlenog na dva bolnička odjela, onkologiji i dermatovenerologiji pri čemu se ispitivalo sljedeće: profesionalni stres i sagorijevanje, anksioznost, depresivnost i subjektivnu dobrobit (emocionalno dobrostanje i zadovoljstvo životom). S tim u vezi postavljeni su sljedeći problemi:

1. Ispitati postoji li razlika u učestalosti sagorijevanja na poslu kod medicinskih sestara na odjelu onkologije i dermatovenerologije.
2. Ispitati postoji li razlika u stresu, anksioznosti, depresivnosti, otpornosti na stres, zadovoljstvu životom, pozitivnim i negativnim emocijama vezanim uz posao između medicinskih sestara s obzirom na odjel na kojem rade.
3. Ispitati kakav je doprinos demografskih varijabli (dob, stupanj obrazovanja, bračni status, broj djece), varijabli vezanih uz posao (odjel, staž na odjelu, tjedni sati) i psiholoških varijabli (otpornost na stres, zadovoljstvo životom, ugodne i neugodne emocije) u objašnjenju sagorijevanja medicinskih sestara.

Hipoteze:

1. Očekujemo da će medicinske sestre na onkologiji najčešće postizati rezultate u kategoriji intenzivnog sagorijevanja, a najrjeđe u kategoriji bez znakova sagorijevanja dok će medicinske sestre na dermatovenerologiji najčešće postizati rezultate u kategoriji bez sagorijevanja, a najrjeđe u kategoriji intenzivnog sagorijevanja.
2. Medicinske sestre zaposlene na onkologiji postizat će statistički značajno veće rezultate na ljestvicama anksioznosti, depresivnosti, stresa, neugodnih emocija vezanih uz posao i statistički značajno niže rezultate na ljestvicama otpornosti na stres, zadovoljstva životom i ugodnih emocija od medicinskih sestara zaposlenih na dermatovenerologiji.

- 3.a) Očekujemo da će se demografske varijable (dob, bračni status, broj djece i stručna sprema) pokazati značajnim prediktorima sagorijevanja na poslu na način da će osobe mlađe životne dobi, u braku, s većim brojem djece i visokom stručnom spremom imati veći intenzitet sagorijevanja na poslu od osoba starije životne dobi, koje nisu u braku, bez djece i srednjom stručnom spremom.
- 3.b) Varijable vezane uz posao (staž na odjelu, radni sati u tjednu) pokazat će dodatni doprinos u objašnjenju sagorijevanja na poslu u odnosu na demografske varijable na način da će osobe dužeg radnog staža na odjelu i s većim brojem radnih sati u tjednu (prekovremeni radni sati) imati veći intenzitet sagorijevanja na poslu od osoba kraćeg radnog staža na odjelu i s manjim brojem radnih sati (bez prekovremenih) u tjednu.
- 3.c) Psihološke varijable (otpornost na stres, ugodne i neugodne emocije na poslu i zadovoljstvo životom) dat će dodatni doprinos u objašnjenju sagorijevanja na poslu u odnosu na demografske varijable i varijable vezane uz posao na način da će otpornost na stres, ugodne emocije na poslu i zadovoljstvo životom biti negativno povezane sa sagorijevanjem na poslu, a neugodne emocije vezane uz posao će biti pozitivno povezane sa sagorijevanjem na poslu.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

SUDIONICI

Ovim istraživanjem obuhvaćen je prigodan uzorak od 221 medicinske sestre i tehničara na odjelima onkologije i dermatovenerologije u bolnicama u Zagrebu, Šibeniku, Splitu i Rijeci. Od cjelokupnog uzorka, 150 ih je zaposleno na odjelu onkologije, a 71 na odjelu dermatovenerologije. U istraživanju je sudjelovalo 210 ženskih sudionika i 11 muških sudionika. S obzirom na jako malen uzorak muškaraca, oni su isključeni iz daljnjih analiza. Dakle, u konačnom uzorku na kojem su provedene daljnje analize sudjelovalo je 210 medicinskih sestara od kojih su 143 zaposlene na onkologiji, a 67 na dermatovenerologiji.

Tablica 1

Deskriptivni pokazatelji uzorka istraživanja

		f (N)	%	M	SD	TR	Min	Max
Obrazovanje	SSS	124	59					
	VSS	86	41					
Djeca	Imam	138	65.7					
	Nemam	72	34.3					
broj djece		210		1.3	1.06	4	0	4
Dob		210		41.3	12.49	52	20	72
partnerski status	s partnerom/icom	122	58.1					
	Samac	87	41.9					
radni staž		210		20.9	12.74	45	0	45
radni staž na odjelu		210		15.8	12.47	43	0	43
radni sati u tjednu	≤ 40 h	149	71					
	> 40 h	61	29					

Kao što je vidljivo iz *Tablice 1* većina sudionica u uzorku ima srednju stručnu spremu, ima partnera/icu i djecu. Prosječna dob sudionica je srednja odrasla, a većinu radnog staža su provele na odjelima na kojima trenutno rade. Vidimo da većina ima redovno radno vrijeme, dakle do 40 sati tjedno.

MJERNI INSTRUMENTI

Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu (Ajduković i Ajduković, 1994)

Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu je konstruiran u okviru aktivnosti Društva za psihološku pomoć, a sastoji se od 18 tvrdnji koje su izabrane iz većeg broja čestica temeljem odgovarajućih psihometrijskih analiza i koje ispituju kognitivne, ponašajne i emocionalne simptome profesionalnog stresa. Sudionici na skali od 1 do 3 procjenjuju učestalost određenog simptoma sagorijevanja pri čemu 1 znači da su simptomi rijetki i imaju manju izraženost, a 3 da je navedeni simptom uvijek prisutan i ima veću izraženost. Ukupan rezultat izražava se kao zbroj svih zaokruženih odgovora tako da se teoretski raspon kreće od 18 do 54. Orijentacijske norme upitnika su: (1) 18-25 „bez sagorijevanja“ (prisutni izolirani znakovi stresa), (2) 26-33 „početno sagorijevanje“ (ozbiljni znakovi upozorenja zbog trajne izloženosti stresu), (3) od 34-54 „visoki stupanj sagorijevanja“ (neophodna pomoć). Ovaj upitnik je već korišten za

mjerjenje sagorijevanja na poslu kod pomažućih profesija (Friščić, 2006). Upitnik u ovom istraživanju ima zadovoljavajuću pouzdanost koja iznosi $\alpha = .87$.

Upitnik otpornosti na stres (Karazman i Mustajbegović, 2003, prema Sviben, 2012)

Upitnik otpornosti na stres sastoji se od 20 čestica koje ispituju kognitivne, ponašajne i emocionalne simptome otpornosti na stres. Zadatak sudionika je da na skali od 0 do 10 izrazi u kolikoj mjeri se navedena tvrdnja odnosi na njega pri čemu 0 znači uopće se ne odnosi na mene, a 10 u potpunosti se odnosi na mene. Zbroj rezultata po svim česticama označava intenzitet otpornosti na stres pri čemu viši rezultat upućuje na veću otpornost. Rezultat se kreće u rasponu od 0 do 200. Granični rezultat je 100, pri čemu svi oni koji imaju iznad 100 smatraju se prilično otpornima, ali još uvijek mogu poboljšati svoj život i zaštititi se od stresa. Svi oni koji imaju ispod 100 smatraju se slabo otpornima te bi trebali unijeti drastične promjene u svoj život kako bi se zaštitili od stresa i povećali otpornost. Primjeri čestica su „*Imam dobru ljubavnu vezu i sretan sam sa svojim partnerom*“, „*Vježbam sat vremena dnevno, sedam dana u tjednu*“, „*Svaki dan odvojim vremena za opuštanje*“. Upitnik u ovom istraživanju ima zadovoljavajuću pouzdanost koja iznosi $\alpha = .84$.

Upitnik emocionalne dobrobiti na poslu (*Job-related Affective Well-being Scale*, JAWS; Van Katwyk, Fox, Spector i Kelloway, 1999)

Upitnik emocionalne dobrobiti na poslu postoji u dužoj (30 čestica) i kraćoj (20 čestica) verziji. U ovom je istraživanju za procjenu emocionalnih odgovora odnosno reakcija na posao korištena kraća verzija koja se sastoji od 20 čestica. Svaka čestica predstavlja jednu emociju, a sudionici odgovaraju koliko često su se tako osjećali na poslu u posljednjih 30 dana. Upitnik emocionalne dobrobiti na poslu čini deset ugodnih i deset neugodnih emocija, a odgovori se daju na ljestvici od pet stupnjeva gdje je 1 „*nikad*“, 2 „*rijetko*“, 3 „*povremeno*“, 4 „*često*“ i 5 „*jako često*“. Moguće je formirati tri rezultata, za ugodne i neugodne emocije gdje se za svaku podljestvicu zbrajaju pripadajuće čestice te ukupni rezultat koji se dobiva zbrajanjem svih 20 čestica pri čemu je potrebno obrnuto bodovati čestice koje predstavljaju neugodne emocije. Viša vrijednost ukupnog rezultata ukazuje na veći stupanj emocionalne dobrobiti na poslu. Primjeri nekih čestica su „*Zbog posla sam se osjećao zadovoljno.*“ (podljestvica

Ugodne emocije) i „*Zbog posla sam osjećao dosadu.*“ (podljestvica Neugodne emocije). Uпитnik u ovom istraživanju ima visoku pouzdanost koja iznosi $\alpha=.93$; za podljestvicu ugodnih emocija $\alpha=.92$, a neugodnih emocija $\alpha=.90$.

Ljestvica zadovoljstva životom (Satisfaction with Life Scale SWLS, Diener, Emmons, Larsen i Griffin, 1985)

Ljestvica zadovoljstva životom, koju čini 5 čestica, mjeri kognitivnu komponentu subjektivne dobrobiti, odnosno opću procjenu kvalitete života pojedinca prema njegovu zadanom kriteriju (Diener i sur., 1985). Za svaku česticu sudionici procjenjuju u kojoj se mjeri ta tvrdnja odnosi na njih na Likertovoj skali od 7 stupnjeva (1 – *u potpunosti se ne slažem*, 2- *ne slažem se*, 3- *uglavnom se ne slažem*, 4- *ni slažem se ni ne slažem se*, 5- *uglavnom se slažem*, 6-*slažem se*, 7- *u potpunosti se slažem*). Ukupan rezultat na ljestvici je zbroj rezultata na svih 5 čestica i označava stupanj zadovoljstva životom u cjelini. Viši rezultat znači veće zadovoljstvo. Pouzdanost ljestvice na našem uzorku iznosi $\alpha=.90$.

Ljestvica depresivnosti, anksioznosti i stresa (Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS-21, Lovibond i Lovibond, 1985)

Ljestvica depresivnosti, anksioznosti i stresa mjeri učestalost i intenzitet neugodnih emocionalnih stanja depresivnosti, anksioznosti i stresa u razdoblju od proteklih sedam dana, a može se koristiti kod psihijatrijskih pacijenata i u općoj populaciji. Sastoji se od tri podljestvice: depresivnosti (DASS-21D), anksioznosti (DASS-21A) i stresa (DASS-21S). Svaka podljestvica se sastoji od 7 čestica, a zadatak sudionika je označiti koliko se svaka tvrdnja odnosila na njega u proteklih tjedan dana na ljestvici Likertovog tipa sa četiri stupnja (0 „*uopće se nije odnosilo na mene*“, 1 „*odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme*“, 2 „*odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena*“ i 3 „*gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene*“). Rezultat za svaku podljestvicu kreće se u rasponu od 0 do 21 i računa se tako da se zbroje rezultati dobiveni na 7 čestica koje čine podljestvicu. Nakon što formiramo rezultat za podljestvice, svaki od njih se svrsta u jednu od kategorija u *Tablici 2*, što omogućuje usporedbu između pojedinih skala. Visoki rezultat na DASS-21

upućuje na prisutnost depresivnosti ili anksioznosti, ali se ne smije koristiti kao samostalno dijagnostičko sredstvo već treba provesti i klinički intervju. Pouzdanost cijele ljestvice na našem uzorku iznosi $\alpha=.95$.

Tablica 2
Prikaz raspona težine simptoma za podljestvice DASS-21

	Depresivnost	Anksioznost	Stres
Bez simptoma	0-4	0-3	0-7
Blagi	5-6	4-5	8-9
Umjereni	7-10	6-7	10-12
Teški	11-13	8-9	13-16
Ekstremno teški	14+	10+	17+

POSTUPAK

Nakon što su dobivena odobrenja od etičkih povjerenstava bolnica (KBC-a Zagreb, KBC-a Sestre Milosrdnice, Klinike za dječje bolesti Zagreb, KBC-a Split i Opće bolnice Šibenik) kontaktirane su glavne sestre odjela onkologije i dermatovenerologije. Potom su instrumenti i uputa za sudjelovanje u istraživanju (u Prilogu) odneseni na odjele onkologije i dermatovenerologije i predani glavnim sestrama. Glavne sestre su potom podijelile instrumente i uputu medicinskim sestrama i tehničarima na svojim odjelima. Nakon što su ispunili, vratili su ih glavnim sestrama koje su potom kontaktirale istraživača da dođe po ispunjene instrumente. Vraćali su se samo ispunjeni instrumenti zapakirani u kovertu kako bi se u potpunosti zajamčila anonimnost. Rok vraćanja instrumenata bio je dva tjedna. Od sudionika se najprije tražilo da odgovore na pitanja o demografskim podacima, a nakon toga su odgovarali na Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu, Upitnik otpornosti na stres, Ljestvicu depresivnosti, anksioznosti i stresa, Ljestvicu zadovoljstva životom i Upitnik emocionalne dobrobiti na poslu. Prije svakog upitnika postojala je detaljnija uputa za ispunjavanje. Postotak vraćenih upitnika iznosio je 54% (na onkologiji je vraćeno 47%, a na dermatovenerologiji 79% podijeljenih upitnika).

REZULTATI

Kako bi odgovorili na prvi postavljeni problem, izračunali smo koliki postotak sestara pokazuje znakove početnog sagorijevanja (26-33), teškog sagorijevanja (34-54) i broj sestara koje ne pokazuju znakove sagorijevanja (18-25).

Tablica 3

Raspodjela broja medicinskih sestara s obzirom na stupanj sagorijevanja

		Stupanj sagorijevanja			χ^2	P
		Bez sagorijevanja (%)	Početno sagorijevanje (%)	Teško sagorijevanje (%)		
Odjel	Onkologija	63.8	30.5	5.7	.404	.817
	Dermatovenerologija	64.7	27.5	7.8		
Ukupni %		64.1	29.7	6.2		

Iz *Tablice 3* vidimo kako najveći broj sestara i na onkologiji i na dermatovenerologiji nema znakove sagorijevanja, manji broj pokazuje znakove početnog sagorijevanja, a najmanji broj medicinskih sestara pokazuje visoki stupanj sagorijevanja što nije u skladu s postavljenom hipotezom. Nadalje, ne postoji statistički značajna razlika u čestini kategorija sagorijevanja između medicinskih sestara na onkologiji i dermatovenerologiji što nije u skladu s očekivanim. Zanimljivo je pogledati koliko je medicinskih sestara koje sagorijevaju otišlo u patologiju depresivnosti i anksioznosti. Iz *Tablica B i C* (u Prilogu) vidimo da 6.7% medicinskih sestara koje su u kategoriji početnog sagorijevanja i 3.6% medicinskih sestara koje su u kategoriji intenzivnog sagorijevanja pokazuje znakove jake i ekstremno jake anksioznosti. Nadalje, vidimo da 3.1% medicinskih sestara koje su u kategoriji početnog sagorijevanja i 3.6% medicinskih sestara koje su u kategoriji intenzivnog sagorijevanja pokazuje znakove jake i ekstremno jake depresivnosti.

Iz *Tablice 4* vidimo kako raspodjele svih varijabli osim raspodjela varijabli ugodnih emocija na poslu i otpornosti na stres statistički značajno odstupaju od normalne raspodjele ($p < .05$) u smjeru pozitivne asimetrije, što i očekujemo s obzirom da se radi o zdravoj populaciji, bez znakova psihopatologije. Raspodjela rezultata na ljestvici zadovoljstva životom također odstupa od normalne raspodjele ali u smjeru negativne asimetrije, što znači da je većina zadovoljna životom, što je također očekivano s obzirom na vrstu uzorka. Nadalje, vidimo kako ne postoji statistički značajna razlika u postignutim rezultatima ni na jednoj varijabli između medicinskih sestara na onkologiji i dermatovenerologiji osim na neugodnim emocijama na način da sestre na onkologiji češće doživljavaju neugodne emocije vezane uz posao od onih na dermatovenerologiji.

Tablica 4

Normalnost distribucije, aritmetičke sredine, standardne devijacije i rezultati t-testa za varijable zadovoljstvo životom, stres, anksioznost, depresivnost, otpornost na stres, ugodne i neugodne emocije na poslu između medicinskog osoblja na onkologiji i dermatovenerologiji (N=210)

	(K-S) <i>z</i>		M	SD	<i>T</i>
Zadovoljstvo životom	.08*	Onkologija	4.2	1.28	-.67
		Dermatovenerologija	4.4	1.36	
DASS-21S	.13*	Onkologija	1.5	1.07	-.02
		Dermatovenerologija	1.5	.93	
DASS-21A	.19*	Onkologija	2.0	1.36	-.50
		Dermatovenerologija	2.1	1.42	
DASS-21D	.18*	Onkologija	1.6	1.07	-.82
		Dermatovenerologija	1.8	1.13	
Otpornost na stres	.06	Onkologija	1.9	.35	-.37
		Dermatovenerologija	1.9	.33	
Ugodne emocije na poslu	.06	Onkologija	30.1	9.48	-.55
		Dermatovenerologija	30.9	7.78	
Neugodne emocije na poslu	.09*	Onkologija	23.8	7.59	2.74*
		Dermatovenerologija	20.7	7.51	

* $p < .05$ (K-S)

t – t-test

U okviru trećeg problema provedene su korelacijske i hijerarhijske regresijske analize. Zanimljivo nam je pogledati odnos između varijabli vezanih uz ishode posla, odnosno mentalno zdravlje u *Tablici 5*. Intenzitet sagorijevanja na poslu je slabo pozitivno povezan s anksioznošću i depresivnošću i umjereno pozitivno povezan s neugodnim emocijama vezanim uz posao, a slabo negativno povezan s ugodnim emocijama vezanim uz posao. Otpornost na stres je slabo negativno povezana sa stresom, anksioznošću, depresivnošću i neugodnim emocijama vezanim uz posao, a slabo pozitivno povezana sa zadovoljstvom životom i ugodnim emocijama vezanim uz posao. Postoji visoka pozitivna povezanost stresa s anksioznošću i depresivnošću te umjerena pozitivna povezanost s negativnim emocijama vezanim uz posao. Stres je nisko negativno povezan sa zadovoljstvom životom i ugodnim emocijama vezanim uz posao. Anksioznost je visoko pozitivno povezana s depresivnošću, a umjereno negativno s neugodnim emocijama vezanim uz posao. Postoji slaba negativna povezanost depresivnosti sa zadovoljstvom životom, a umjereno pozitivna s neugodnim emocijama vezanim uz posao. Zadovoljstvo životom je nisko pozitivno povezano s ugodnim, a umjereno negativno s neugodnim emocijama vezanim uz posao. Osim toga,

pokazalo se da većina sociodemografskih varijabli nije značajno povezana s kriterijima, uz izuzetak stupnja obrazovanja koje je značajno pozitivno povezano s ugodnim emocijama i negativno s neugodnim emocijama te broja djece koji pokazuje pozitivnu povezanost s intenzitetom sagorijevanja. Rezultati ove korelacijske analize nalaze se u Prilogu.

Tablica 5

Pearsonovi koeficijenti korelacije kao pokazatelji povezanosti između varijabli korištenih u istraživanju

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Intenzitet sagorijevanja	1							
2. Otpornost na stress	-.17*	1						
3. DASS-21S	.18*	-.37**	1					
4. DASS-21A	.23**	-.22**	.79**	1				
5. DASS-21D	.25**	-.31**	.81**	.81**	1			
6. Zadovoljstvo životom	-.06	.39**	-.25**	-.18*	-.33**	1		
7. Ugodne emocije	-.28**	.24**	-.19**	-.13	-.21**	.24**	1	
8. Neugodne emocije	.50**	-.23**	.41**	.44**	.42**	-.17*	-.50**	1

Legenda:

**p<.01, *p<.05

Da bi se odgovorilo na problem doprinose li demografske varijable (dob, bračni status, broj djece, stručna sprema), varijable vezane uz posao (ukupni staž, radni staž na odjelu i broj radnih sati u tjednu) i psihološke varijable (otpornost na stres, ugodne emocije, neugodne emocije i zadovoljstvo životom) u objašnjenju varijance sagorijevanja na poslu provedena je hijerarhijska regresijska analiza. U prvom koraku su uključene demografske varijable, u drugom koraku su dodane varijable vezane uz posao i u trećem koraku su dodane psihološke varijable. Tako smo provjerili, koliko psihološke varijable mogu objasniti dodatne varijance kriterija u odnosu na varijable vezane uz posao i demografske varijable.

Iz *Tablice 6* vidimo da se demografske varijable i varijable vezane uz posao nisu pokazale značajnim prediktorima intenziteta sagorijevanja na poslu. Nakon uvrštenja svih prediktora u hijerarhijsku regresijsku analizu, statistički značajnim prediktorima pokazali su se otpornost na stres i ugodne emocije koje su negativno povezane s intenzitetom sagorijevanja na poslu i neugodne emocije čiji je beta koeficijent pozitivnog predznaka. Valja napomenuti kako odjel nije uvršten u analizu kao prediktor jer se pokazalo da ne postoji statistički značajna razlika u intenzitetu sagorijevanja osoblja na onkologiji i dermatovenerologiji. Sociodemografske varijable iako nisu značajno povezane sa kriterijem korištene su u hijerarhijskoj analizi jer postoji mogućnost da u kombinaciji jedna s drugom ipak značajno pridonose objašnjenju varijance kriterija, supresirajući nevaljanu varijancu prediktora, odnosno varijancu koja nije povezana s kriterijem (Horstov paradoks). DASS-21 nije uvršten u analizu kao prediktor sagorijevanja zbog multikolinearnosti depresivnosti i stresa. Kao prediktor bilo je moguće uzeti anksioznost, ali je upitna smislenost korištenja šireg konstrukta kao što je anksioznost u predviđanju užeg, odnosno u predviđanju sagorijevanja na poslu. U budućim istraživanjima bilo bi zanimljivo vidjeti kako sagorijevanje na poslu predviđa generalni distres.

Tablica 6

Rezultati hijerarhijske regresijske analize prediktorskih varijabli demografskih podataka, varijabli vezanih uz posao, psiholoških varijabli i kriterija intenziteta sagorijevanja na poslu

Prediktori	Intenzitet sagorijevanja na poslu		
	1. Korak	2. Korak	3. Korak
	β	β	β
Dob	-.016	-.155	-.097
Stručna sprema	-.085	-.075	.046
Bračni status	-.114	-.120	-.052
Broj djece	.104	.092	.102
Radni sati tjedno		.074	.106
odjel		-.054	.041
Stož na odjelu		.183	.155
Otpornost na stres			-.128*
Zadovoljstvo životom			.037
Ugodne emocije			-.231*
Neugodne emocije			.540*
R ²	.044	.059	.576
ΔR^2		.016	.517
F	1.986	1.543	20.635*
df1	4	3	4
df2	174	171	167

Legenda: β - standardizirani koeficijent u multiploj regresiji; R²- koeficijent multiple determinacije; ΔR^2 - promjena u postotku objašnjene varijance; F- F omjer, df1 i df2 – stupnjevi slobode, *p<0.05

RASPRAVA

Zdravstvo je radno vrlo intenzivan i ekonomski jedan od najvećih sektora Europske unije, oko 8% svih zaposlenih radi u zdravstvenom sektoru (European Commission, 2012). Zbog karakteristika kao što su smjenski rad, manjak slobodnog vremena i pauza, visoka odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju te izloženost specifičnim stresorima poput kemijskih, bioloških i fizioloških štetnosti, zdravstvena struka je prepoznata kao visoko stresna (Ćurčić i Ćurčić, 2009). Sestrinsko osoblje je prepoznato kao ono koje ima izravniji kontakt s pacijentom od bilo kojeg drugog zdravstvenog stručnjaka (Costello, 2001). Obavljanje radnih zadataka koji uključuju bliski kontakt s oboljelima i njihovim obiteljima može dovesti do oštećenja zdravlja zdravstvenih djelatnika. Produljeno radno vrijeme, smjenski i noćni rad, kontakt s umirućima i njihovim obiteljima pridonosi morbiditetu psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti. Niska razina odlučivanja i visoki zahtjevi na poslu mogu biti povezani s povećanim rizikom za pojavu psihičkih poremećaja (Sviben, 2012).

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati sagorijevanje i izraženost emocionalnih smetnji kod medicinskog osoblja na onkologiji i dermatovenerologiji, konkretnije profesionalni stres i sagorijevanje, anksioznost, depresivnost i subjektivnu dobrobit (emocionalno dobrostanje i zadovoljstvo životom). Medicinsko osoblje uglavnom dijeli iste radne zadatke neovisno o odjelu na kojem rade, a samim time dijele i većinu stresora. Uzevši u obzir da postoje specifičnosti posla osoblja na onkologiji pa samim time i dodatni stresori kao što su zahtjevne dijagnoze i veća stopa smrtnosti pacijenata, neadekvatna obuka, manjak vremena da se sestrinsko osoblje bavi psihološkom komponentnom brige posebice u terminalnoj fazi, izloženost citostaticima, verbalno zlostavljanje i iskaljivanje frustracija pacijenata i njihovih obitelji na djelatnike kao izraz bespomoćnosti, očekivali smo da su oni podložniji sindromu sagorijevanja. U našem istraživanju, rezultati pokazuju da 36% medicinskih sestara ima znakove sagorijevanja te da nema razlike s obzirom na odjel na kojem rade. Ovaj postotak je zabrinjavajući, posebice jer je prosječna životna dob sudionica u ispitivanom uzorku srednja, a već je toliki postotak medicinskih sestara u sagorijevanju. Zabrinjavajuće je koliko će ta brojka rasti s rastom radnog staža te koliko će, razmjerno tome, kvaliteta brige za pacijente biti u opadanju. U istraživanju Bressi i suradnika (2008) je dobiveno

da 33% medicinskog osoblja sagorijeva, a u istraživanju Spooner-Lane (2004) je dobiveno da sagorijevanje pogađa 25% medicinskog osoblja. Jedan od mogućih razloga zašto nije dobivena razlika u učestalosti sagorijevanja medicinskih sestara na onkologiji i medicinskih sestara na dermatovenerologiji je što su istraživanjem obuhvaćene medicinske sestre koje skrbe o pacijentima oboljelim od malignih bolesti na odjelu dermatovenerologije. Drugi mogući razlog je što se medicinske sestre i na onkologiji i na dermatovenerologiji bave kroničnim bolesnicima kojima ne mogu pomoći više od uobičajenog njego vanja te se time možda, u pogledu svoje učinkovitosti u radu, osjećaju manje učinkovitima nego što bi željele biti.

Iako se zdravstvena struka smatra jednom od 10 najstresnijih profesija, nisu svi pripadnici iste jednako pogođeni stresom. Prema Grubišić-Ilić (2010) neka su radna mjesta stresnija od drugih pa je tako osoblje zaposleno na onkologiji, anesteziologiji, psihijatriji i hitnoj službi najpogođenije stresom i njegovim korelatima kao što su anksioznost i depresivnost. Prema Hrvatskom udruženju medicinskih sestara koje je predložilo dermatovenerologiju kao najmanje stresan odjel za rad, očekivali smo da će rezultati našeg istraživanja pokazati značajnu razliku u ispitivanim varijablama između osoblja na onkologiji i dermatovenerologiji. Međutim, utvrdili smo da ne postoji statistički značajna razlika između medicinskih sestara na ta dva odjela u stresu, anksioznosti, depresivnosti, otpornosti na stres, zadovoljstvu životom i ugodnim emocijama, a da postoji statistički značajna razlika u neugodnim emocijama na način da medicinske sestre zaposlene na onkologiji češće doživljavaju neugodne emocije na poslu od medicinskih sestara na dermatovenerologiji. Dobivena razlika se može protumačiti kroz bespomoćnost koju razviju medicinske sestre u radu s onkološkim pacijentima, posebice onima koji su na palijativnoj skrbi, i osjećaje frustracije kao posljedice bespomoćnosti. Dobiveni rezultati upućuju na mogućnost da sagorijevanje medicinskih sestara ne ovisi o vrsti posla, odnosno vrsti pacijenata i kvalitativnoj i kvantitativnoj razlici u težini njihovih dijagnoza, već da je sam po sebi posao medicinske sestre stresan i da dodatno na razinu sagorijevanja utječu neki organizacijski čimbenici. Rezultati istraživanja Marlais i Hudorović (2015) su pokazali da su najučestaliji stresori financijski i organizacijski čimbenici. Knežević, Golubić, Milošević, Matec i Mustajbegović (2009) su u svom istraživanju pokazali da među najčešće stresore na radnom mjestu medicinskog osoblja spadaju mala mogućnost

napredovanja i promaknuća, strah od izloženosti zračenju, strah od mogućnosti zaraze od oboljelih i strah od mogućnosti ozljede oštrim predmetom. Najsnažniji stresori u skupini organizacijskih čimbenika su preopterećenost poslom, administrativni poslovi, neadekvatna osobna primanja, nedostatan broj radnika (Gazivoda, 2015), smjenski rad, nemogućnost odlučivanja i neadekvatna socijalna podrška (Zavalić, 2014). Navedeni stresori su najvjerojatnije jednako prisutni na oba odjela.

Djeca i obitelj predstavljaju financijsku i emocionalnu odgovornost, odnosno predstavljaju dodatne stresore uz postojeće na radnom mjestu i time mogu dovesti do smanjene otpornosti na stres, niže procjene zadovoljstva životom i brojnih poteškoća u psihičkom funkcioniranju (Ndeteti i sur, 2008, prema Sviben, 2012). U našem istraživanju rezultati su pokazali da ne postoji statistički značajan doprinos demografskih varijabli i varijabli vezanih uz posao u objašnjenju varijance intenziteta sagorijevanja na poslu što znači da na osnovu demografije i varijabli vezanih uz posao ne možemo predviđati intenzitet sagorijevanja na poslu. Koristili smo ih ipak kao prediktore, iako nisu pokazivali značajnu korelaciju s kriterijem, jer smo očekivali da možda ipak u međusobnoj interakciji pridonose značajno objašnjenju varijance kriterija. Nakon uvrštenja svih prediktora u hijerarhijsku regresijsku analizu, statistički značajnim prediktorima pokazali su se otpornost na stres i ugodne emocije koje su negativno povezane s intenzitetom sagorijevanja na poslu i neugodne emocije čiji je beta koeficijent pozitivnog predznaka. Podržavajuća okolina, dobri partnerski odnosi, optimizam, briga o sebi, dobri međuljudski odnosi i pozitivna ponašanja na poslu poput uvažavanja tuđeg mišljenja i pozitivnih stavova prema radu su zaštitni čimbenici od sagorijevanja. Rizični čimbenik sagorijevanja su neugodne emocije koje osoba doživljava na poslu, a koje su povezane s negativnim stavovima i ponašanjima na poslu poput vikanja, vrijeđanja i komentiranja privatnog života. Kako bi prevenirali sagorijevanje na poslu, potrebno je uvesti treninge upravljanja stresom i educirati zaposlenike da nauče prepoznati znakove sagorijevanja te ih podučiti metodama opuštanja tijekom dana. Osim toga, smanjiti stres bi mogli i kroz mijenjanje organizacije posla i otklanjanje ili barem minimalizaciju najčešćih stresora koji se javljaju na poslu. Nadalje, trebalo bi educirati zaposlenike o efikasnoj upotrebi vremena kako bi postizali bolje rezultate, reducirali stres i češće doživljavali ugodne emocije na poslu. Smanjenjem stresa na poslu, kroz edukacije i reorganizaciju posla, neizravno bi

djelovali i na subjektivnu dobrobit zaposlenika čime bi se ona povećala. Zaposlenici bi bili zadovoljniji životom i sretniji.

Ovo istraživanje praćeno je određenim nedostacima i ograničenjima. U istraživanju je korišten nacrt poprečnog presjeka te ne možemo govoriti o uzročno posljedičnim odnosima izučavanih pojava. Instrumenti korišteni u ovom istraživanju temelje na samoprocjenama, stoga zaključke o odnosima ispitanih varijabli treba donositi oprezno, uzimajući u obzir sva ograničenja ovakvog tipa ispitivanja prvenstveno razumijevanje upute i načina odgovaranja te iskreno odgovaranje na pitanja. Još jedno ograničenje ovog istraživanja je što ne znamo iz kojeg razloga su oni koji nisu sudjelovali odlučili ne sudjelovati. Mogući razlozi koji su ih naveli na nesudjelovanje su nedostatak vremena, nezainteresiranost za temu, nedostatak volje, možda su smatrali da su podaci koji će iznijeti u instrumentima preosobni, vjerojatno je postojao i strah od javnog obznanjivanja njihovih rezultata iako im je anonimnost i povjerljivost podataka bila zajamčena u uputi. Osim navedenog, postoji mogućnost da nisu sudjelovali oni koji su zapravo jako loše, koji su u visokom stupnju sagorijevanja i sa značajnim emocionalnim teškoćama. Nadalje, ovo istraživanje se uglavnom odnosi na emocionalne čimbenike povezane sa stresom na radnom mjestu, dok se iz njega malo može zaključiti o organizacijskim faktorima povezanim sa stresom na radnom mjestu. Nedostatak istraživanja je što je rađen samo na medicinskim sestrama, iako je prvotno zamišljen na cjelokupnom medicinskom osoblju, odnosno sestrama i tehničarima. Naime, zbog premalo broja muških sudionika (manje od 5% u našem istraživanju) isključeni su iz analiza.

Uz navedena ograničenja i nedostatke, ovo istraživanje ima i praktične implikacije. Ovo je prvo istraživanje koje se bavilo razlikama u sagorijevanju i izraženosti emocionalnih smetnji medicinskih sestara zaposlenih na onkologiji i medicinskih sestara zaposlenih na dermatovenerologiji u Hrvatskoj. Nadalje, ovo je prvo istraživanje koje se uopće bavilo istraživanjem sagorijevanja i izraženosti emocionalnih smetnji na medicinskim sestrama zaposlenim na dermatovenerologiji u Hrvatskoj. Sestrinsko osoblje je ključno u zdravstvenom sustavu i oni su kao struka prvi na „udaru“ u radu s pacijentima i kao takvi iznimno podložni profesionalnom sagorijevanju, jer osim što obavljaju iznimno težak i stresan posao, dodatno moraju

balansirati između zahtjeva pacijenata i zahtjeva liječnika i nadređenih. Istraživanje ove tematike je važno kako bi se osigurali temelji za poboljšanje radnih uvjeta i međuljudskih odnosa tijekom rada kod medicinskog osoblja. Njegova važnost se očituje i u tome što nisu pronađene razlike u sagorijevanju i izraženosti emocionalnih smetnji između medicinskih sestara na onkologiji i dermatovenerologiji jer uklanja stereotip o dermatovenerološkom odjelu kao jednom od najmanje stresnih za rad i onkološkom kao jednom od najstresnijih za rad. S obzirom da u istraživanju nismo dobili razlike u sagorijevanju ovisno o odjelu na kojem sestre rade, pretpostavljamo kako je posao medicinske sestre sam po sebi stresan neovisno o poslu i radnom mjestu na kojem rade, a dodatno taj stres pojačavaju organizacijski čimbenici na koje sestre ne mogu utjecati.

Na kraju ćemo iznijeti i neke prijedloge za poboljšanja i buduća istraživanja. U budućim istraživanjima trebali bi koristiti rotacijski panel nacrt kako bi mogli provjeriti dobivene nalaze kroz duže vrijeme te bi trebalo istražiti korelate i posljedice stresa na radu, kao što su još neke dodatne psihičke poteškoće (osim anksioznosti, depresivnosti i sagorijevanja) poput zamora suosjećanja, emocionalnog napora, zadovoljstva poslom, negativnih ponašanja na poslu i slično. Buduća istraživanja bi trebala uključivati i obilježja pojedinca kao što su osobine ličnosti, kvalitetu radnog života, stil suočavanja sa stresom i radnu angažiranost. Osim toga trebalo bi procijeniti učinak psihosocijalnog radnog okruženja na stres. Uvođenjem dodatnih varijabli dobio bi se bolji uvid u interakciju demografskih varijabli, ličnosti, stresa i psihičkih teškoća. Uz mjere samoprocjene, bilo bi korisno prikupiti i procjene od strane kolega, podređenih i nadređenih te tako dobivene podatke usporediti sa samoprocjenama. Time bi se vjerojatno povećala valjanost dobivenih nalaza. Također, bilo bi korisno prikupiti podatke i od strane pacijenata o zadovoljstvu radom medicinskih sestara i kvaliteti pružene skrbi te tako dobivene podatke usporediti s onima dobivenim od strane sestara.

Razumijevanje stresa na radnom mjestu i njegovog djelovanja na zdravlje osoblja važno je za cijelu radnu organizaciju, ali i za korisnike zdravstvenog sustava. Bolje razumijevanje sagorijevanja i emocionalnih smetnji medicinskog osoblja je važno kako bi se osmislile učinkovite intervencije koje bi smanjile djelovanje stresora i time poboljšale njegu pacijenata. U konačnici, nužno je unaprijediti radne uvjete medicinskih

sestara jer posljedice stresa mogu uz djelovanje na sestrinsko osoblje, djelovati i na pacijente i njihove obitelji, umanjujući kvalitetu skrbi za pacijente.

ZAKLJUČAK

Temeljem dobivenih rezultata provedenog istraživanja možemo zaključiti kako većina medicinskih sestara ne pokazuje znakove sagorijevanja, a najmanji broj njih pokazuje znakove intenzivnog sagorijevanja, neovisno o odjelu na kojem rade. Nadalje, nije dobivena statistički značajna razlika u anksioznosti, depresivnosti, stresu, otpornosti na stres, zadovoljstvu životom i ugodnim emocijama vezanim uz posao između medicinskih sestara zaposlenih na onkologiji i medicinskih sestara zaposlenih na dermatovenerologiji, a dobivena je značajna razlika u neugodnim emocijama na način da medicinske sestre zaposlene na onkologiji češće doživljavaju neugodne emocije na poslu od medicinskih sestara zaposlenih na dermatovenerologiji. U predviđanju intenziteta sagorijevanja na poslu dobiveno je da ne postoji statistički značajan doprinos demografskih varijabli i varijabli vezanih uz posao, dok su se statistički značajnim prediktorima pokazali otpornost na stres i ugodne emocije koje su negativno povezane i neugodne emocije koje su pozitivno povezane s intenzitetom sagorijevanja na poslu.

LITERATURA:

- Ajduković, M. i Ajduković, D. (1996). Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Ajduković, D. i Ajduković, M. (1994). Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Arambašić, L. (1996). *Stres*. U: Pregrad, J. (ur): Stres, trauma, oporavak. Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 93-103.
- Ardekani, Z.Z., Kakooei, H., Ayattolahi, S.M.T., Choobineh, A. i Nasle Seraji, G. (2008). Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 11 (12), 1605-1609.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecruiber, Y. i Nutt, D.J. (2001). Consensus statement on depression, anxiety and oncology. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 64-67.
- Bar-On, R., Brown, J.M., Kirkcaldy, B.D. i Thome, E.P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress: an application of the Emotional Quotient Inventory. *Personality and Individual Differences*, 28, 1107-1118.
- Bondy, J., Meško, G., Aytac, S., Eryilmaz, M. i Bayram, N. (2006). *A job well done? A cross-country comparison of workplace wellbeing among prison staff*. Melbourne: RMIT Publishing.
- Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Brunner, E., Stansfeld S.A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 314 (7080), 558-565.
- Brajša-Žganec, A. i Kaliterna Lipovčan, Lj. (2006). Kvaliteta življenja, životno zadovoljstvo i sreća osoba koje profesionalno pomažu drugima. *Društvena istraživanja*, 15 (4-5), 713-728.
- Bressi, C., Manenti, S., Porcellana, M., Cevals, D., Farina, L., Felicioni, I. i sur. (2008). Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. *British Journal of Cancer*, 98, 1046-1052.
- Canam, C. i Acorn, S. (1999). Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabilitation and Nursing*, 24 (5), 192-196.
- Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 59-68.
- Ćurčić, Đ. i Ćurčić, M. (2009). Sindrom izgaranja kod zaposlenih u specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „dr. Laza Lazarević“. *Engrami*, 31, 19-28.
- Davison, G.C. i Neale, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Debogović, S. (2015). *Stres na radnom mjestu i njegovi učinci na zdravlje medicinskih sestara i tehničara*. Završni rad. Varaždin: Odjel za biomedicinske znanosti Sveučilište Sjever.
- Decker F.H. (1997). Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Research in Nursing and Health* 20, 453-464.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. i Schaufeli, W.B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Advanced Nursing*, 32 (2), 454-464.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. i Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale: a measure of life satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Lucas, R.E. i Oishi, S. (2002). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. U: Snyder, C.R. i Lopez, S.J. (ur.) *Handbook of positive psychology*, 463-473. New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. i Smith, H.L. (1999). Subjective well being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dupre, D.(2001). *Work-related health problems in the EU 1998-1999*. Luxembourg: Eurostat.
- European Commission (2012). Commission staff working document on an action plan for the EU health workforce accompanying the document Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the regions Towards a job recovery. Preuzeto s adrese:
http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf
- European Commission (2000). *Guidance on work-related stress: spice of life or kiss of death?* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Figley, C.R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. Routledge.
- Friščić, Lj. (2006). Čimbenici profesionalnog stresa i sagorijevanja u radu socijalnih radnika u Centru za socijalnu skrb Zagreb. *Ljetopis socijalnog rada*, 13(2), 347-370.
- Gazivoda, A. (2015). *Stres na radnom mjestu medicinskih sestara i tehničara*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: odjel za psihologiju Hrvatskih studija.
- Gong, Y., Han, T., Yin, X., Yang, G., Zhuang, R., Chen, Y. i Lu, Z. (2014). Prevalence of depressive symptoms and work related risk factors among nurses in public hospital in southern China: a cross sectional study. *Scientific Reports*, 4 (7109), 1-5.

- Grassi, L. i Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian survey of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 329-334.
- Grov, E.K., Dahl, A.A., Moum, T. i Fossa, S.D. (2005). Anxiety, depression and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, 16, 1185-1191.
- Grubišić-Ilić, M. (2010). *Stres u liječničkoj profesiji*. U: Poljak, Ž. (ur.), Zdravlje na radu i zdrav radni okoliš – ključ kvalitete rada liječnika. Zbornik radova Simpozija hrvatske liječničke komore (str.6). Zagreb: Hrvatska liječnička komora.
- Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hudek-Knežević, J., Krapić, N. i Rajter, L. (2005). Odnos između emocionalne kontrole, percipiranog stresa na radnom mjestu i profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara. *Psihologijske teme*, 14 (2), 41-54.
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20, 261-272.
- Klaić, B. (2007). *Rječnik stranih riječi*. Zagreb: Školska knjiga.
- Knežević, B. (2010). *Stres na radu i radna sposobnost zdravstvenih djelatnika u bolnicama*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilište u Zagrebu.
- Knežević, B., Golubić, R., Milošević, M., Matec, L. i Mustajbegović, J. (2009). Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: istraživanje u Zagrebu. *Sigurnost*, 51 (2), 85-92.
- Knežević, B., Milošević, M., Golubić, R., Belošević, Lj., Matec, L. i Mustajbegović, J. (2007). *Work-related stress and gender differences among Croatian hospital physicians*. U: Budapest Meeting Abstract, 464-465.
- Krajnović, F., Šimić, N. i Franković, S. (2007). Identifikacija, opis i analiza uzroka nekih negativnih ponašanja u radnom okruženju medicinskih sestara. *Medica Jadertina*, 37 (3-4), 63-72.
- Krech, D. i Crutchfield, R. (1999). *Elementi psihologije*. Beograd: Naučna knjiga.
- Larsen, R. (2009). The contributions of positive and negative affect to emotional well being. *Psychological Topics*, 18, 247-266.
- Letvak, S., Ruhm, C.J. i McCoy, T. (2012). Depression in hospital employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 177-182. DOI: 10.1097/NUR.0b013e3182503ef0
- Lin, H., Probst, J.C. i Hsu, Y. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2342-2354.

- Lovibond, S.H. i Lovibond, P.F. (1985). *Manual for Depression, Anxiety and Stress Scales* (2nd ed). Sydney: Psychology Foundation.
- Lucas, R.E., Diener, E. i Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Ljubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologists*, 56 (3), 239-249.
- Marlais, M. i Hudorović, N. (2015). Stres uzrokovan radnim okruženjem medicinskih sestara/tehničara u Općoj bolnici Dubrovnik. *Sestrinski glasnik*, 20, 72-72.
- Melchior, M., Caspl, A., Milne B.J., Danese, A., Poulton, R. i Moffit, T. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young working women and men. *Psychological Medicine*, 37, 1119-1129.
- Molassiotis, A., van den Akker, O.B. i Boughton, B.J. (1995). Psychological stress in nursing and medical staff on bone marrow transplant units. *Bone Marrow Transplant*, 15, 449-454.
- Moody, L.E. i McMillan, S. (2003). Dyspnea and quality of life indicators in hospice patients and their caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (9), 1-12.
- Morissy, L., Boman, P. i Mergler, A. (2013). Nursing a case of the blues: an examination of the role of depression in predicting job-related affective well-being in nurses. *Mental Health Nursing*, 34, 158-168.
- Nezirević, E. (2015). *Stres na poslu: strategije suočavanja, oporavak i emocionalna dobrobit*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta.
- Novak, T., Čulig, B., Mikšaj-Todorović, Lj. i Budanovac, A. (2007). *Overview of the Job-Related Affective Well-Being Scale (JAWS)*. 7th International Scientific Conference: Research in Education and Rehabilitation Sciences, Zagreb, 14.-16.6., 174 (abstract book).
- Noury, N., Luc, A., Lefebvre, F., Sultan-Taieb, H. i Bejean, S. (2014). Psychosocial and organisational work environment of nurse managers and self reported depressive symptoms: cross-sectional analysis from a cohort of nurse managers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27 (2), 252-269.
- Novak, V. (2014). Sindrom izgaranja medicinskih djelatnika u radu s umirućim pacijentima. *SG/NJ*, 19, 189- 195. DOI: 10.11608/sgnj.2014.19.041
- Ohler, M.C., Kerr, M.S. i Forbes, D.A. (2010). Depression in nurses. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 42, 66-82.
- Paoli, P. i Merllie, D. (2000). *Third european survey on working conditions 2000*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

- Parks, S.H. i Pilisuk, M. (1991). Caregiver burden: gender and the psychological costs of caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (4), 501-509.
- Pavot, W. i Diener, E. (2008). *The satisfaction with life scale and emerging construct of life satisfaction*. The Journal of Positive Psychology: Dedicated to futhering research and promoting good practice, 3 (2), 137-152.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R. i Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Penezić, Z. (2004). *Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi-provjera teorije višestrukih diskrepancija*. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet u Zagrebu.
- Pucak, T. (2006). *Sagorijevanje u osoblja kaznenih ustanova*. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
- Reber, A.S. (1985). *The Penguin Dictionary of Psychology*. Penguin Books Ltd, Harmondsworth, Middlesex, England.
- Renzi, C., Tabolli, S., Ianni, A., DiPietro, C. i Pudalu, P. (2005). Burnout and job satisfaction comparing helatcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *Journal of European Academy of Dermatology and Venerology*, 19, 153-157.
- Richardsen, A.M., Burke, R.J. i Leiter, M.P. (2007). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital perosnnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping: an international journal*, 5 (1), 55-68.
- Sparks, S.A., Corcoran, K.J., Nabors, L.A. i Hovanitz, C.A. (2005). Job satisfaction and subjective well being in a sample of nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 35 (5), 922-938.
- Spector, P., Fox, S., Goh, A., Bruursema, K. (2003). *Counterproductive work behavior and organizational citizenship behavior: are they oppossites?* Paper presentation at the meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology, Orlando.
- Spooner-Lane, R. (2004). The influence of work stress and work support on burnout in public hospital nurses. Preuzeto s:
http://eprints.qut.edu.au/15975/1/Rebecca_Spooner-Lane_Thesis.pdf
- Stansfeld, S. i Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health-a metaanalytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32 (6), 443-462.
- Sviben, R. (2012). *Sindrom sagorijevanja kod medicinskog osoblja*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta.
- Škrinjar, J. (1996). Odnos zanimanja i strategija suočavanja i svladavanja burnout sindroma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 32 (1), 25-36.

- Van Katwyk, P.T., Fox, S., Spector, P.E. i Kelloway, E.K. (1999). Using the Job –related Affective Well-being Scale (JAWS) to investigate affective responses to work stressors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 219-230.
- Varjačić, T., Braš, M., Brajković, L., Domokuš, N.A. i Đorđević, V. (2013). Stres i posljedice stresa liječnika onkologa. *Socijalna psihijatrija*, 41, 118-122.
- Vizek-Vidović, V. (1990). *Stres u radu*. Radna zajednica Republičke konferencije Saveza socijalističke omladine Hrvatske.
- Zaić, A. (2005). *Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije u dječjoj dobi*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Zavalić, M. (2014). Svjetski trendovi u zaštiti zdravlja na radu. *Sigurnost*, 56 (4), 323 - 329.
- Whippen, D.A. i Canellos, G.P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology : results of a random of 1000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1916-1920.
- Winwood, P.C., Winefield, A.H. i Lushington, K. (2006). Work related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (4), 438-449.

Prilog 1:

Tablica A

Korelacijska matrica demografskih, varijabli vezanih uz posao i psiholoških varijabli

	1	2	3	4	5	6	7	8
Dob	.05	.08	-.09	.00	-.03	-.08	-.05	-.02
Obrazovanje	-.11	.05	.05	.17*	-.15*	.05	.03	-.05
Broj djece	.15*	.00	-.09	-.07	.02	.00	.01	.02
Stož	.05	.08	-.10	.00	-.02	-.07	-.04	-.01
Stož na odjelu	.02	.05	-.03	.06	-.01	-.02	.04	.03
Tjedni sati	.05	-.03	-.09	.00	-.06	.04	.00	.07

Legenda:

* $p < 0.05$

- 1- intenzitet sagorijevanja
- 2- otpornost na stres
- 3- zadovoljstvo životom
- 4- ugodne emocije
- 5- neugodne emocije
- 6- stres (DASS-21S)
- 7- anksioznost (DASS-21A)
- 8- depresivnost (DASS-21D)

Prilog 2:

Tablica B

Prikaz razine depresivnosti medicinskih sestara s obzirom na razinu sagorijevanja

	Stupanj sagorijevanja			χ^2	<i>c</i>	<i>p</i>	
	Bez sagorijevanja (%)	Početno sagorijevanje (%)	Intenzivno sagorijevanje (%)				
Stupanj depresivnosti	Bez simptoma	47.9	15.1	2.6	38.62	0.41	0.00
	Blaga	5.7	3.6	0			
	Umjerena	8.3	7.8	1			
	Teška	2.1	1	2.1			
	Ekstremno teška	0	2.1	0.5			
Ukupno	64.1	29.7	6.3				

Tablica C

Prikaz razine anksioznosti medicinskih sestara s obzirom na razinu sagorijevanja

	Stupanj sagorijevanja			χ^2	<i>c</i>	<i>p</i>	
	Bez sagorijevanja (%)	Početno sagorijevanje (%)	Intenzivno sagorijevanje (%)				
Stupanj anksioznosti	Bez simptoma	43.2	11.5	2.1	31.95	0.38	0.00
	Blaga	4.7	3.1	0.5			
	Umjerena	9.9	8.3	0			
	Teška	2.1	3.1	1			
	Ekstremno teška	4.2	3.6	2.6			
Ukupno	64.1	29.7	6.3				

Poštovani/e,

Hvala Vam što ste pristali sudjelovati u istraživanju psiholoških karakteristika medicinskog osoblja koje se provodi za potrebe izrade diplomskog rada Lucije Ivande na Odsjeku za psihologiju „Filozofskog fakulteta“ u Zagrebu, pod mentorstvom doc. Anite Lauri-Korajlije. Istraživanje ispituje neke važne aspekte profesionalnog stresa, subjektivne dobrobiti te emocionalnih teškoća vezanih uz anksioznost i depresivnost kod medicinskog osoblja. Vaše sudjelovanje u istraživanju nam je iznimno vrijedno.

U istraživanju mogu sudjelovati sve punoljetne osobe koje su školovane za medicinsku sestru/tehničara i obavljaju taj posao. Vaš zadatak je popuniti niz kratkih upitnika. Ispunjavanje cijelog upitnika traje oko 30 minuta. Sudjelovanje je u potpunosti anonimno, a podaci će se koristiti isključivo u znanstvene svrhe. Uvid u rezultate bit će moguć samo na grupnoj razini. Molimo Vas da pružite iskrene odgovore jer o tome ovisi vrijednost prikupljenih podataka.

Ukoliko iz bilo kojeg razloga odlučite odustati od ispunjavanja upitnika, u bilo kojem trenutku to možete učiniti. Ipak, Vaša suradnja nam je vrlo važna pa Vas stoga molimo da iskreno odgovoriti na sva pitanja.

Ako budete imali ikakvih pitanja ili nedoumica, možete ih uputiti na sljedeću mail adresu: lucija.ivanda@gmail.com.

Odgovorom na dolje ponuđene tvrdnje i prelaskom na pitanja potvrđujete da ste punoljetni i dajete pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

Unaprijed hvala na uloženom vremenu i suradnji!

Molimo Vas zaokružite:

1. Punoljetna sam osoba DA NE
2. Obavljam zanimanje medicinske sestre/tehničara DA NE